

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1931

THÈSE

POUR LE

382 N°

DOCTORAT EN MÉDECINE

par FINIKOFF (Alexandre)

né le 18 Août 1886, à Saint-Petersbourg (Russie)

*Ancien Chirurgien de l'Hôpital Oboukhoff,
Ancien Chargé de Cours de l'Institut des Sciences Médicales
à Saint-Petersbourg.
Diplômé de l'Académie de Médecine Militaire de Russie.*

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
CLINIQUE ET CHIRURGICALE
DES ABCÈS CORTICAUX DU REIN

Président : M. P. DELBET,

Professeur,

Membre de l'Académie de Médecine de Paris.

LES PRESSES MODERNES

IMPRIMERIE

45, rue de Maubeuge, 45
PARIS

1931

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1931

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

par FINIKOFF (Alexandre)

né le 18 Août 1886, à Saint-Petersbourg (Russie)

*Ancien Chirurgien de l'Hôpital Oboukhoff,
Ancien Chargé de Cours de l'Institut des Sciences Médicales
à Saint-Petersbourg.*

Diplômé de l'Académie de Médecine Militaire de Russie.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

CLINIQUE ET CHIRURGICALE

DES ABCÈS CORTICAUX DU REIN

Président : M. P. DELBET,

Professeur,

Membre de l'Académie de Médecine de Paris.

LES PRESSES MODERNES

IMPRIMERIE

45, rue de Maubeuge, 45
PARIS

1931

LE DOYEN : M. BALTHAZARD

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie.	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.	GREGOIRE.
Physiologie.	BINET.
Physique médicale.	STROHL.
Chimie médicale.	DESGREZ.
Bactériologie.	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.	CLERC.
Pathologie chirurgicale.	LENORMANT.
Anatomie pathologique.	ROUSSY.
Histologie.	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.
Thérapeutique.	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.	TANON.
Médecine légale.	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée.	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	Maurice VILLARET.
Clinique médicale.	{ CARNOT.
	{ BEZANÇON.
	{ ACHARJ).
	{ Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants.	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.	TEISSIER.
Clinique chirurgicale.	{ DELBET.
	{ CUNÉO.
	{ GOSSET.
Clinique ophtalmologique.	TERRIEN.
Clinique urologique.	LEGUEU.
Clinique d'accouchements.	{ COUVELAIRE.
	{ BRINDEAU.
	{ JEANNIN.
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.	Léon BERNARD.
Professeur sans chaire.	MAUCLAIRE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE .	Neurologie et Psychiatrie.
CHAILLEY-	
BERT	Physiologie.
AUBERTIN. . .	Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri)	Pathologie médicale.
SANNIÉ	Chimie biologique.
BROCQ	Pathologie chirurgicale.
BRULÉ	Pathologie médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHABROL	Pathologie médicale.
CHEVALLIER . .	Pathologie médicale.
DE GAUDART	
D'ALLAINES	Pathologie chirurgicale.
DOGNON	Physique.
DONZELOT	Pathologie médicale.
ÉCALLE	Obstétrique.
FEY	Urologie.
GARNIER	Pathologie expérimentale.
GASTINEL	Bactériologie.
GATELLIER . . .	Pathologie chirurgicale.
GIROUD	Histologie.
HARVIER	Pathologie médicale.
HOVELACQUE . .	Anatomie.
HUTINEL	Pathologie médicale.
JOANNON	Hygiène.

MM.

LABBÉ (Henri).	Chimie biologique.
LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
LEMAITRE . . .	Oto-rhino-laryngologie.
HUGUENIN	Anatomie pathologique.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LÉVY-VALENSI.	Neuro-psychiatrie.
LIAN	Pathologie médicale.
HAZARD	Pharmacologie.
MILLOT	Histologie.
MONDOR	Pathologie chirurgicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET .	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
MULON	Histologie.
OBERLING	Anatomie pathologique.
OLIVIER	Anatomie.
PIÉDELIEVRE .	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
QUÉNU	Pathologie chirurgicale.
RICHET	Physiologie.
SÉZARY	Dermatologie et syphiligraphie.
VALLERY - RA-	
DET (Pasteur)	Pathologie médicale.
VAUDESCAL . . .	Obstétrique.
VELTER	Ophthalmologie.
VERNE	Histologie.
VIGNES	Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

BUSQUET	Pharmacologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.
LEQUEUX	Obstétrique.
LEROUX	Anatomie pathologique.

MM.

NEVEU-	
LEMAIRE	Parasitologie.
RETTERER	Histologie.
ZIMMERN	Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE, A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.	CHEVASSU	Clinique chirurgicale.
CHIRAY	Clinique médicale.	HEITZ-BOYER .	Clinique chirurgicale.
DEBRE	Clinique médicale.	MATHIEU	Clinique chirurgicale.
DUVOIR	Clinique médicale.	MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
FIESSINGER ...	Clinique médicale.	PROUST	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-		SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.
LAVASTINE	Clinique médicale.	LE LORIER.....	Clinique chirurgicale.
BASSET	Clinique chirurgicale.	LÉVY-SOLAL ..	Clinique obstétricale.
		METZGER	Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire.	}	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du tra- vail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.....		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT.....		Education physique.
LEDoux-LEBARD.....		Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ.....		Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PIERRE DELBET
*en témoignage de mon admiration
respectueuse de son génie.*

LISTE DES TITRES SCIENTIFIQUES DU DOCTEUR ALEXANDRE FINIKOFF

a) Publiés en russe :

1° Contribution à l'étude du traitement des plaies du rachis. *Recueil jubilaire* du prof. GREKOFF. Petrograd 1921.

2° L'excision des plaies, comme nouvelle méthode de traitement des plaies de guerre. *Vestnik chirurgii*. Petrograd 1922.

3° Le traitement des fractures de la jambe par la méthode du prof. Pierre DELBET. *Vestnik chirurgii*. Petrograd 1923.

4° Un cas de corporolithiase dans l'intestin grêle. *Recueil jubilaire* du prof. NETCHAIEFF. Petrograd 1922.

5° Contribution à l'étude des spondylites non tuberculeuses. Travaux de la conférence en l'honneur du prof. TURNER. Petrograd 1922.

6° Compte rendu d'une année de travail de l'hôpital d'extrême urgence à Petrograd 1920. *Bulletins du commissariat de la Santé*. Petrograd 1921.

7° Le traitement des péritonites bacillaires par l'iode. Travaux du 15^e Congrès russe de chirurgie. Petrograd 1922.

8° Compte rendu des travaux du 15^e Congrès russe de chirurgie. N° 1, *Vratchebnoié Obosrenié*. Berlin 1923.

9° Les ruptures sous-cutanées de la rate paludéenne. Travaux des conférences scientifiques de l'hôpital Oboukhoff. Petrograd 1924.

10° L'introduction paraentérale des matières grasses comme traitement des tuberculoses chirurgicales. Travaux des conférences scientifiques de l'hôpital Oboukhoff à Petrograd 1924.

11° Contribution à l'étude du traitement des fistules pleurales. Travaux du 16^e Congrès russe de chirurgie, Moscou 1924.

12° L'excision et la suture primitive des plaies du crâne et des tendons. Travaux du 16^e Congrès russe de chirurgie. Moscou 1924.

13° Impressions sur le travail des cliniques chirurgicales de Berlin en 1922. *Bulletins de la Société de Chirurgie*, de PIROGOFF. Petrograd 1923.

14° Les abcès antracoïdes du rein. Travaux de la Société des médecins russes, à Paris 1925.

15° Le traitement de la tuberculose chirurgicale par l'iode. Travaux de la Société des médecins russes à Paris 1924.

16° Les premiers résultats du traitement de la tuberculose chirur-

gicale dans les hôpitaux français par la méthode FINIKOFF. Travaux de la Société des médecins russes à Paris, 1926.

b) Publiés en français :

17° Le traitement des tuberculoses chirurgicales par l'huile iodée. Travaux du 33° Congrès français de chirurgie. Paris 1924.

18° La chirurgie dans la Russie révolutionnaire. *Presse Médicale* N° 9; 11 et 28. Paris 1925.

19° Le traitement de la tuberculose chirurgicale. *Presse Médicale* N° 9. Paris 1925.

20° Les injections d'huile iodée intramusculaires et les sels de calcium dans les traitements des tuberculoses chirurgicales. *Revue de Chirurgie*, N° 5, 1927.

21° Le traitement de la tuberculose chirurgicale par l'huile, l'iode et le calcium. *Journal des Praticiens*, N° 49, Paris 1927.

22° Contribution à la chirurgie réparatrice de la hanche. Travaux du 8° Congrès international de chirurgie. Varsovie 1929.

23° Le traitement du mal de Pott par l'huile, l'iode et le calcium. Travaux du 38° Congrès français de chirurgie. Paris 1929.

24° La préparation des malades aux opérations. Travaux du 39° Congrès français de chirurgie. Paris 1930.

INTRODUCTION

Les abcès du rein se rencontrent fréquemment au cours de diverses maladies infectieuses et sont des trouvailles banales à l'autopsie de malades morts de différentes septicémies. Ces formes sont habituellement bilatérales et ne présentent pas d'intérêt chirurgical.

Par contre, les abcès unilatéraux corticaux du rein sont d'un intérêt clinique indiscutable, puisque leur évolution aboutit à la formation d'abcès périnéphrétiques ou de pyélonéphrites. Les abcès corticaux proviennent ou bien d'une infection urinaire aiguë ou subaiguë, associée à des pyélonéphrites de causes diverses (cette forme est déjà bien étudiée et nous ne la décrivons pas) ou bien d'une infection hémotogène secondaire à une infection pyogène primitive, venant pour la plupart du temps de la peau (furunculoses, anthrax, etc.).

C'est cette variété d'abcès corticaux du rein, qui ne s'accompagne pas de troubles urinaires graves, que nous nous proposons de discuter ici.

BLUMENTHAL, étudiant la statistique totale des abcès périnéphrétiques qui, en 1928, se montait à 1.300 cas, considère que les voies d'infection se répartissent ainsi : 12 % des abcès apparaissent après un traumatisme de la région lombaire ; 20 % sont dus à une complication rénale préexistante, par voie d'infection directe ou hémotogène ; 3 % sont dus aux affections des organes avoisinants le tissu pararénal ; 33 %, enfin, viennent par voie sanguine directement dans le rein et sont consécutifs à des furoncles, anthrax, etc.

HUNT, de la clinique de Mayo, étudie 106 cas d'abcès périnéphrétiques et trouve dans 55 % des cas, des abcès corticaux du rein, comme cause de ces périnéphrites.

Enfin, LINDER, voit dans les abcès périnéphrétiques une évo-

lution ultérieure des abcès corticaux du rein, formés par des embolies microbiennes, arrêtées au niveau du cortex.

Ces constatations montrent tout l'intérêt que présentent les abcès corticaux du rein, intérêt clinique et chirurgical.

Diagnostiqués à l'état d'abcès du rein, ils permettent l'intervention chirurgicale, avec des résultats excellents, en employant des méthodes de chirurgie conservatrice, qui sont impuissantes à guérir les malades dans les stades avancés.

C'est pour cela qu'il nous a paru intéressant d'étudier les signes cliniques de cette affection; elle continue, en effet, à être souvent méconnue par les médecins, qui envoient aux chirurgiens des cas si avancés que seul la néphrectomie reste possible, comme chance unique de sauver le malade.

De même que dans l'histoire de l'opération de l'appendicite aiguë, la certitude des avantages de l'intervention d'urgence a été longue à s'établir, de même ici, pour l'abcès cortical du rein, il est indispensable de persuader les médecins des résultats heureux d'une intervention chirurgicale au début et d'attirer leur attention sur l'importance d'un diagnostic précoce.

CHAPITRE I

L'anatomie pathologique des lésions, dues à l'invasion microbienne du rein par voie sanguine, a fait déjà l'objet de beaucoup de travaux. BREWER, ISRAEL, KUMMEL, en ont étudié, en détails, le processus et nous ne ferons que rappeler brièvement le tableau anatomique de cette affection.

Elle est caractérisée, dans la substance corticale, par l'apparition de petites trainées bourrées de microbes, le long des vaisseaux sanguins. Souvent ce sont de minuscules foyers de la grandeur d'une tête d'épingle, qui se groupent en formant des zones d'abcès, dont la forme rappelle celle d'un cône, à base tournée vers l'albuginée. Quelquefois le sang suinte entre les vaisseaux trombosés et le foyer prend la structure d'un infarctus, dont l'aire estensemencée par les microbes provenant du vaisseau trombosé. Une zone hémorrhagique et une zone d'hyperhémie entourent le foyer.

Par la suite, ces foyers se transforment en petits abcès miliaires, qui souvent s'agrandissent et occupent tout le parenchyme rénal. En confluant, ces petits abcès forment parfois de grosses collections ou bien le rein augmente de volume et prend une forme bosselée, due à la présence d'abcès non confluents.

Cet état de choses peut durer assez longtemps, les abcès augmentant de volume et augmentant par cela le volume du rein. Le parenchyme rénal entre en dégénérescence graisseuse et les canaux excréteurs se remplissent de cylindres, le tissu intersticiel subit une infiltration microcellulaire et se remplit de tissu conjonctif jeune proliférant.

Dans les cas de destruction avancée, le rein se présente comme un amas d'abcès, entre les trames du tissu rénal dégénéré. La capsule adipeuse rétractée adhère fortement à la surface rénale, envahie par du tissu conjonctif proliférant, ou bien, lorsque la capsule propre est rompue, le pus se déverse dans le tissu rétropéritonéal en formant l'abcès péri-néphritique.

Plus rarement, l'abcès s'ouvre dans le bassinet et il se produit une pyurie, avec infection de la muqueuse du bassinet et de l'urètre. Cet état de congestion peut alors donner lieu à des phénomènes de rétention. La pression de l'abcès sur l'urètre peut aussi provoquer cet état de rétention, formant une stase du bassinet qui, comme une soupape, empêche l'évacuation de l'urine mélangée de pus. Cette stase contribue encore à la dégénérescence du parenchyme rénal.

A la fin, le rein peut devenir un simple sac de pus, dans lequel on reconnaît difficilement les restes du tissu rénal. Tel est l'évolution de ces embolies microbiennes typiques.

W. LINDER, comme BREWER, considèrent que le rein s'injecte par embolies microbiennes corticales.

La fonction du glomérule étant de débarrasser le sang des éléments microbiens, il faut, pour que l'infection rénale ait lieu, que cette fonction soit amoindrie soit par une diminution de résistance du rein, soit par une anomalie anatomique, soit par des troubles fonctionnels.

La première étape, c'est-à-dire le stade de diminution de la résistance du rein, passe inaperçue au point de vue anatomique. La deuxième étape est la formation de petites taches couleur chocolat, marbrant la corticale et surélevant la capsule en formant de légères adhérences. Ce sont des zones de congestion simple, sans formation d'abcès.

La troisième étape est la formation d'abcès sous-capsulaires localisés ou disséminés.

Le quatrième stade est la périnéphrite suppurée ou bien la pyélonéphrite avec évacuation du pus par le bassinet.

Aux trois premiers stades, les troubles urinaires peuvent faire défaut.

Selon les travaux de WIDAL, de CABOT et CRABTÉE, il existe une certaine prédilection particulière à chaque sorte de germes : les cocci affectionnant surtout le cortex, les bacilles, les tubes droits.

Selon la grande majorité des auteurs, les abcès hémato-gènes du cortex sont dus au staphylocoque et la dénomination d' « anthrax du rein » donnée par ISRAEL, à l'abcès cortical, paraît à ce point de vue fort juste.

CHAPITRE II

A ce tableau anatomo-pathologique correspond l'évolution clinique de la maladie.

Dans les formes suraiguës, lorsque la décharge bactérienne se fait dans le rein à doses massives, ou bien lorsque la virulence des germes est telle que l'organisme ne peut présenter aucune résistance, ou bien, enfin, lorsque les moyens de défense de l'organisme font défaut, l'invasion microbienne se donne libre cours et la septicémie apparaît. Cette dernière peut revêtir une forme foudroyante contre laquelle aucun traitement ne peut donner de résultat; elle peut présenter des formes suraiguës, avec un ensemencement rapide de tout le rein par les germes et le seul moyen de sauver l'organisme entier, est de sacrifier l'organe malade.

Enfin, dans les formes aiguës, souvent très graves, mais à évolution plus lente, comme on les observe dans la majorité des cas, et qui durent de quelques semaines à quelques mois, plusieurs variétés d'évolution sont à envisager.

La plus redoutable est l'apparition d'un état de septico-pyohémie, qui tue les malade à bref délai, par dégénérescence graisseuse des organes parenchymateux. (Observations de CHEVASSU, de ROKITZKY, etc.).

Une autre variété se caractérise par l'apparition de foyers purulents dans d'autres organes, provoqués par des embolies venant du rein malade. Cette forme de virulence moindre, indique une plus grande résistance du malade à l'infection. L'observation n° 1 de MAISONNET en est un exemple typique.

Enfin, la forme la plus répandue est la formation d'abcès multiples dans le rein même, avec propagation vers la zone périrénale (forme fréquente) soit vers le bassinet (forme rare); elle doit être considérée comme relativement la plus favorable.

Cette variété peut aboutir à la guérison spontanée, soit par formation d'un abcès périnéphrétique, qui peut s'évacuer au dehors en perçant la peau, soit par l'évacuation de la collection par le bassinet. KUMMEL, OPPEL et autres ont décrit de ces guérisons spontanées, mais ces cas sont bien rares et d'in-

interprétation difficile. Dans la majorité des cas, c'est l'intervention chirurgicale qui doit et peut guérir ces formes.

Existe-t-il des cas devenus chroniques, apyrétiques, simulant d'autres affections? On ne pourrait le nier, car CHEVASSU a publié, en 1929, dans les travaux du 29^e congrès français d'urologie, un cas très démonstratif que nous reproduisons ici :

M. CHEVASSU : « J'ai opéré une vieille femme, avec un diagnostic de cancer du rein. Le rein, à la palpation, était dur et irrégulier. La malade était apyrétique et d'aspect tellement cachectique, que j'avais hésité à intervenir. Or, au lieu du cancer, que j'attendais, j'ai trouvé un rein, dont la face antérieure était fortement adhérente au péritoine, et, sous ces adhérences, existait une série de foyers corticaux. Le rein néphrectomisé nous a montré après son ouverture, plusieurs foyers, en nid de guêpes, et un abcès cortical des dimensions d'une noisette, dans lequel la culture a montré du colibacille à l'état pur. C'est la première fois que j'observe de pareilles lésions, évoluant à froid et simulant une lésion rénale chronique. A vrai dire, en scrutant le passé récent de la malade, on notait qu'elle avait eu, quelques mois auparavant, un écrasement de trois doigts de la main, et au cours de son hospitalisation, pour cette plaie, elle avait été prise de fièvre élevée, avec frissons et avec des douleurs dans le côté droit, dont on s'était mal expliqué la nature. C'est certainement à ce moment-là qu'était survenue l'infection corticale, dont je n'ai observé que les conséquences tardives, qui acheminaient, peu à peu, la malade vers la cachexie.

La malade a guéri de son opération et a quitté l'hôpital en excellent état. »

Les formes anatomo-pathologiques, telles que les abcès cortico-miliaires, les abcès anthracoides, l'anthrax du rein, l'abcès unique, ne donnent, au point de vue clinique, aucun indice pouvant les faire différencier l'une de l'autre. On ne les découvre qu'au moment de l'opération. Elles ont un grand intérêt au point de vue du mode opératoire et nous en parlerons dans le chapitre des indications opératoires.

CHAPITRE III

Quels sont les signes cliniques qui permettent de poser le diagnostic d'un abcès cortical du rein?

1° Un mauvais état général, faisant penser à une septicémie;

2° La courbe thermique, à type de fièvre hectique, avec grosses oscillations;

3° L'absence de foyers purulents manifestes expliquant la température, tels qu'une pleurésie, un phlegmon, un foyer d'ostéomyélite en évolution, une cholecystite purulente ou calculieuse infectée, une salpingite, etc.;

4° L'augmentation notable de la leucocytose, témoignant d'un foyer pyogène dans l'organisme;

5° La douleur dans la fosse lombaire, au niveau de la douzième côte et dans l'angle costovertébral.

6° Les résultats de la radiographie qui, dans les cas d'abcès au pôle supérieur du rein, montre une immobilisation de la partie du diaphragme correspondant (CHEVASSU);

7° Les résultats négatifs d'une analyse d'urines très minutieuse, chimique et microscopique. Les indications de cette analyse sont souvent très frustes et se réduisent à une hématurie légère, transitoire;

8° Une légère diminution de l'activité fonctionnelle au rein lésé, que l'on trouve presque toujours;

9° L'existence des antécédents immédiats, tels qu'une furonculose, un anthrax, une angine banale, etc.

Ces signes cliniques et ces données de laboratoire sont, comme on le voit, très discrets et même peu caractéristiques séparément, mais leur ensemble constitue un syndrome assez net, qui permet de poser un diagnostic de grande probabilité. Personnellement, nous avons pu, dans nos deux cas, poser le diagnostic, en nous basant sur ce syndrome et le confirmer

par l'opération. Analysons chacune de ces données cliniques séparément :

1° *L'état général.*

Il est toujours très altéré : le malade s'affaiblit, maigrit, se consume. Dès le début, la maladie revêt une forme de septicémie grave : accélération du pouls, langue sale, souvent sèche, anorexie, vomissements; état nauséux. Dans les formes suraiguës, l'issue fatale ne tarde pas. Cet état général, si grave, est en discordance très marquée avec la modicité des signes cliniques objectifs, et ceci est le caractère propre de cette affection.

2° *La courbe thermique.*

Les auteurs sont unanimes à constater que dans les cas d'abcès hématogènes (et ce sont les seuls qui nous intéressent dans cette étude), le début de la maladie s'annonce par un frisson, d'intensité variable, mais toujours appréciable. La fièvre monte aussitôt à des chiffres élevés : 39°5 à 40°, les rémissions matinales sont importantes, les oscillations peuvent atteindre 2 et 3 degrés. Souvent il n'y a qu'un frisson initial, mais dans beaucoup de cas, les frissons sont presque quotidiens. Cette fièvre, signe d'une réaction très forte de l'organisme contre l'infection, ne manque presque jamais. Dans certains cas, elle persiste, dans d'autres une légère diminution de fièvre se produit à la longue. La température devient subfébrile, dans certains cas elle revêt une allure plus chronique. Cette température élevée, avec des rémissions matinales, mise en présence des autres symptômes, est d'une grande valeur clinique. Elle est différente de la courbe thermique de la fièvre typhoïde, avec laquelle on confond souvent l'abcès du rein.

3° *Les antécédents immédiats.*

Dans la majorité des cas, les malades ont souffert auparavant de furonculose, d'anthrax, d'angine, de panari ou d'autres affections à staphylocoques. Certains auteurs, tels que WILLPOTT, prétendent que dans 70 % des cas d'abcès rénaux on trouve du staphylococque. Il est donc de grande impor-

tance de rechercher ces foyers primitifs de staphylococcémie. Leur présence permet d'ébaucher le diagnostic.

4° *L'absence de signes d'infection aux autres organes.*

Souvent, les malades sont soignés par erreur pour d'autres affections, telles la fièvre typhoïde, la cholecystite, la grippe prolongée, un début de tuberculose pulmonaire ou d'une granulie.

On ne pense qu'exceptionnellement à l'abcès du rein. C'est bien pour cela que le diagnostic précoce se fait rarement. Il faut attirer l'attention des médecins sur l'étude détaillée de tous les signes cliniques. La constatation de l'absence de tout signe d'une autre affection est donc d'une importance capitale.

5° *La douleur de la région costolombaire.*

Ce signe est presque le seul signe clinique positif, lorsqu'il s'agit d'un abcès situé dans le pôle inférieur du rein; mais il peut être très voilé ou atténué, dans les cas d'abcès du pôle supérieur. Quand la douleur est forte, elle attire immédiatement l'attention du médecin, mais, malheureusement, plus souvent elle est très atténuée et difficile à constater. Quelquefois, elle n'existe qu'à la palpation, pendant les fortes inspirations, pendant les mouvements de torsion et de flexion du corps. *Mais jamais elle ne fait défaut.* Aussi sa constatation est d'une importance capitale.

Cette douleur siège habituellement dans l'angle, formé par la douzième côte et le carré des lombes, quelquefois un peu au-dessus, quelquefois plus bas, vers l'hypochondre. Il faut la rechercher, en faisant coucher le malade sur le côté opposé, ou bien en decubitus dorsal. Dans les cas d'abcès du pôle supérieur, la palpation peut être difficile à faire à travers la paroi abdominale; il faut la faire alors le long de la douzième côte.

Il ne faut pas confondre cette douleur avec le point de côte pleurétique, qui est beaucoup plus violent et s'accompagne d'une toux sèche. Il ne peut prêter à confusion qu'au début, dans les cas d'abcès situés au pôle supérieur. Un léger épanchement pleural symptomatique peut égarer le diagnostic.

Notons que dans la pleurésie avec épanchement, la fièvre présente un autre caractère, les douleurs sont plus lancinantes, la dyspnée plus intense.

6° *Examen du sang.*

Les recherches hématologiques ne précisent pas la nature de la lésion. Elles montrent parfois une légère augmentation de l'azotémie. Par contre, il y a toujours une leucocytose polynucléaire prononcée. Cette augmentation leucocytaire peut aller jusqu'à 24.000.

7° *Les signes radiologiques.*

Selon CHEVASSU, la radiologie est d'un secours important pour le diagnostic précoce des abcès du rein situés au pôle supérieur. La radiographie indique une immobilité de la partie du diaphragme correspondant.

8° *L'analyse d'urine.*

Dans l'immense majorité des cas, l'analyse des urines ne présente aucun indice net d'une atteinte rénale, surtout au début. Pourtant, dans certains cas, on trouve une bactériurie passagère, quelquefois des leucocytes, des hématies en petite quantité, de la bactériurie pure. La présence de cylindres ou de pus ne se voit que dans les formes touchant l'appareil excréteur et ces cas sont très rares au début.

Pourtant, cette analyse minutieuse doit toujours être faite à plusieurs reprises et peut alors donner des indications importantes.

9° *La recherche de l'activité fonctionnelle* du rein est d'une importance capitale. Dans tous les cas, il y a diminution fonctionnelle du rein atteint, une inhibition de l'activité, qui porte sur toute la fonction rénale, sans montrer aucun indice d'un fonctionnement pathologique.

CHAPITRE IV

Cette étude, que viendront renforcer les observations que nous publions plus loin, conduit à différentes réflexions.

Premièrement, c'est que les abcès du rein sont des affections graves, dont tout chirurgien est heureux de pouvoir publier des cas de guérison. Les statistiques des divers auteurs ne sont pas grandes, un ou deux cas suffisent et autorisent la publication.

Secondement, tous les chirurgiens se plaignent, du fait que la plupart des malades arrivent dans les services de chirurgie très tardivement, et insistent tous sur la nécessité d'un diagnostic précoce. En effet, le nombre des cas diagnostiqués avant la formation d'un abcès périnéphrétique est minime. Sur plus de 150 cas d'abcès hématogènes corticaux que nous avons pu recueillir dans la littérature, nous avons constaté que dans 57 cas seulement le diagnostic fut posé justement et dans un temps relativement précoce. Encore, parmi ces 57 cas, 33 appartiennent-ils à un seul auteur, Ch.-P. MATHE. Si on les retransche, il ne reste plus que 24 cas diagnostiqués à temps ; ISRAEL, 1 cas ; GORASCH, 1 cas ; STUKKEY, 3 cas ; CHEVASSU, 5 cas (thèse de GODARD, 1924) ; MAISONNET, 2 cas ; LAVENANT, 1 cas avec abcès des deux reins ; FEY, 1 cas ; KÆLER, 3 cas ; VOSS, 1 cas ; FRIKOFF, 2 cas.

Aussi nous a-t-il semblé intéressant d'étudier les signes cliniques d'un abcès du rein au début.

Troisièmement, les méthodes de traitement chirurgical diffèrent non seulement dans différents cas, mais avec chaque chirurgien. Certains sont partisans de la néphrectomie d'emblée et systématique, d'autres préfèrent la nephrotomie, d'autres encore une simple incision de l'abcès. Nous croyons utile de poser les indications et les contre-indications des différents mode de traitement.

CHAPITRE V

Indications et contre-indications des procédés opératoires.

1° Incision et drainage. Cette simple intervention est indiquée dans la plupart des abcès uniques corticaux purs, dans beaucoup de cas d'abcès anthracoïdes. Elle ne suffit pas dans les formes cortico-miliaires, dans les abcès multiples, dans les grands abcès, intéressant la zone des glomerules.

2° La décapsulation et drainage. Ce procédé, plus délicat, a le grand avantage de mettre à nu tout le rein et de découvrir ainsi des abcès, qui peuvent échapper à la simple incision. Elle est le procédé de choix dans les abcès multiples, dans les anthrax, dans les formes cortico-miliaires. Elle a le défaut de produire ensuite des adhérences douloureuses qui peuvent amener une néphrite douloureuse et aboutir à une néphrectomie secondaire.

TABLEAU I

Abcès du rein traité par la décapsulation et drainage.

Auteur.	Nombre des cas	Lésions	Résultats.
Ch.-J. GIBSON	1	Abcès bipolaires.	Guérison.
COTTON	2	Abcès unique.	—
POLCENIGO.	1	— —	—
A. HYMAN	1	— —	—
W. LINDER	22	Abcès multiples.	21 guérisons, 1 mort.
LAVENNANT	1	Abcès des 2 reins.	Guérison.
Godard MAISONNET . . .	3	Abcès du rein.	3 guérisons.
MATHE	24	Abcès cortic.	24 guérisons.
CHEVASSU	2	Abcès miliaires.	2 guérisons.
BREWER	20	— —	2 guérisons.
KÖHLER	2	Anthrax du rein.	2 guérisons.
FINIKOFF	2	Abcès du rein.	2 guérisons.
Total		81	1 mort.

3° La résection partielle du parenchyme rénal malade est un procédé d'exception, il n'a été employé à notre connaissance que peu de fois avec succès.

TABLEAU II.

<i>Résection du rein</i>			
CUNNINGHAM	1	Abcès miliaires.	Guérison.
ROVSING	1	—	—
LENORMAND	1	Anthrax du rein.	—
WOOLSLEY	1	—	—
Total	4		4 guérisons. 1

4° La néphrotomie, procédé inélégant et dangereux par la possibilité des hémorragies graves post-opératoires et la formation de fistules urinaires rebelles, est un procédé auquel on est obligé d'avoir recours, lorsque la néphrectomie est contre-indiquée.

TABLEAU III.

<i>Nephrotomies</i>			
KUMMEL	14	Abcès miliaires.	14 guérisons.
BREWER	4	Abcès suraigus.	4 morts.
WATSON	1	—	1 mort.
VAN STOCKUM	1	Abcès miliaires	1 guérison.
BAUM	1	—	1 guérison.
G. DICKINSON	1	—	1 mort.
FR. K. HAGNES	1	—	1 guérison.
Total	23		6 morts.

5° La décapsulation et la ponction multiple du parenchyme rénal au thermocautère, comme l'a pratiqué KÖELLER, nous paraît un procédé inutile et dangereux. Il a les dangers de la néphrotomie sans en avoir les avantages.

6° La néphrectomie est certainement le traitement le plus radical, mais souvent inutilement radical. Une néphrectomie pour un abcès cortical unique nous paraît excessive. Par contre, dans les gros anthrax, dans les formes miliaires, dans les abcès profonds allant jusqu'à la zone glomérueuse avec atteinte de l'appareil excréteur, dans les cas graves où l'ablation d'un foyer d'infection est la seule chance de salut pour sauver un organisme à bout de lutte, la néphrectomie doit être faite, si toutefois l'état du second rein le permet.

TABLEAU IV

Nephrectomies

BREWER	10	Infarctus septiques.	10	guérisons.
CUNNINGAM	4	Abcès miliaires.	4	guérisons.
THORNDIKE	1	— —	1	guérison.
KNIKENLÈGES	1	Infarctus suraiguë.	1	guérison.
HAMONOC	2	Abcès miliaires.	2	guérisons.
BENTLEY SQUIER	1	— —	1	guérison.
Edw. KEYES	3	— —	3	guérisons.
VAN STOCKUM	2	— —	2	guérisons.
HABERER	1	— —	1	guérison.
A. H. LEWINGS	5	— —	5	guérisons.
ANSCHUTZ	1	— —	1	guérison.
BAUM	1	— —	1	guérison.
DOUGLAS	1	— —	1	guérison.
JEREMITCH	1	— —	1	guérison.
WOOLSLEY	1	— —	1	guérison.
W. ZIM	2	— —	1	guérison, 1 mort.
RUSSEL	1	— —	1	guérison.
LAPORTE	1	— —	1	—
EKEHORN	1	— —	1	—
CHEVASSU	2	— —	1	mort, 1 guérison.
BRUC. M. MICK	3	— —	3	guérisons.
VOSS	3	— —	3	—
SMIRNOFF	1	Antrax et périnephrite.	1	—
FEY, QUENU	1	Abcès miliaires.	1	mort.
MATHE	9	— —	9	guérisons.
ISRAËL	1	— —	1	—
JAFFE	5	— —	4	guérisons, 1 mort.
GRÉKOFF	1	Antrax.	1	guérison.
KLIMOFF	1	— —	1	—
KOEHLER	1	— —	1	—
Total	68	— —	4	morts.

En résumé, nous considérons que le procédé de choix est la décapsulation avec drainage, dans les cas au début, des abcès purement corticaux, la néphrectomie étant réservée aux formes diffuses et graves.

Quels sont les résultats éloignés de ces opérations conservatrices sur le rein infecté? Pour résoudre cette question,

nous manquons encore de faits assez nombreux pour pouvoir établir un jugement impartial, mais parmi les cas publiés nous avons la possibilité de connaître deux fois les résultats dans le cas de GODARD-MAISONNET et dans celui de CHEVASSU.

M. CHEVASSU a eu l'amabilité de nous communiquer l'observation du malade de la thèse de GODARD, que nous reproduisons ici, avec l'évolution éloignée de la maladie, observation que l'on trouvera plus loin, observation n° 3.

CHAPITRE VI

La question de la vaccinothérapie des abcès du rein est encore à l'étude et n'a pas donné jusqu'à présent des résultats probants dans les cas publiés. Pourtant cela ne veut pas dire que la vaccinothérapie, si efficace dans toutes les affections pyogènes ait subi un échec dans les abcès du rein. Les cas publiés où la vaccinothérapie a été appliquée (cas de CHEVASSU, de GODARD, de MAISONNET, de FINIKOFF) ont été jusqu'à présent, des cas tardifs, où l'infection avait libre cours, depuis plus de deux semaines, en moyenne.

Or, l'observation clinique des autres localisations pyogènes montre, que la vaccination ne peut être efficace, que si elle se fait dans la première semaine de l'infection. A cette époque la vaccinothérapie contre la staphylococque, en particulier le propidon, en permet la résorption totale des foyers purulents collectés ou en formation. Passé ce délai, la vaccination tout en étant un mode de traitement très efficace, puisqu'il permet d'obtenir la guérison dans des cas presque désespérés, ne peut plus faire résorber le pus collecté. Il le transforme en pus, plus ou moins, aseptique, ressemblant à un pus d'abcès froid, mais la collection purulente persiste et doit être évacuée chirurgicalement. Notre observation n° 2 en est un exemple typique. Le cas de MAISONNET et GODARD, où le propidon réussit à cicatrifier les lésions pyogènes, mais donna à la suite une néphrite douloureuse et scléreuse, en est un autre, non moins probant.

Dans notre observation n° 2 il s'agissait d'une malade très affaiblie, qui faisait de la fièvre depuis deux mois, avant l'application du propidon, et, là aussi, le propidon ne put qu'affaiblir la virulence du microbe, mais ne permit pas la résorption de l'abcès.

La culture du staphylococque fut très démonstrative : les colonies poussaient très grêles, prenaient mal les colorants sur les frottis, donnant l'impression de microbes à virulence très atténuée après la vaccination.

Ces observations extrêmement intéressantes au point de vue biologique ne peuvent encore être discutées au point de vue clinique et c'est à l'avenir qu'appartient de fournir les données plus démonstratives sur ce genre de traitement.

Nous sommes persuadé que lorsque le diagnostic précoce sera fait plus souvent, la vaccinothérapie des abcès du rein entrera dans une phase plus démonstrative et que nous pourrions apporter des faits, beaucoup plus probants, à l'appui de notre point de vue.

Actuellement, c'est à la chirurgie conservatrice que l'on doit avoir recours dans les cas de diagnostic récent, nous ne pouvons pas encore dire précoce, car jusqu'à présent, dans les cas publiés il n'y a eu de diagnostic précoce, que dans une quantité infime des cas.

CHAPITRE VII

Observations personnelles :

Observ. 1. — Bog... Léon, âgé de 23 ans, étudiant en droit. Malade depuis deux semaines, état fébrile à type hectique atteignant, le soir, 39° 5, et tombant, le matin, à 37° 5.

La première semaine de sa maladie, il put encore travailler et sortir, mais son état général déclinant, de plus en plus, il a été obligé de s'aliter.

Le médecin traitant constata, à cette époque, une douleur dans la région de l'hypochondre droit, un teint légèrement subictérique et une constipation opiniâtre. L'analyse des urines montra la présence de quelques pigments biliaires. Le traitement institué comprenant le repos au lit, des laxatifs légers, sous formes de sels de Carlsbad à petites doses, améliorait transitoirement son état général, après

l'évacuation des selles, mais n'influçait pas la courbe thermique. Je vis le malade deux semaines après le début de sa maladie, le 18 juin 1925. A l'examen clinique, je constatais un état général très affaibli, septicémique, avec un amaigrissement extrême, langue sale, sèche. La région lombaire droite était douloureuse à la palpation, ainsi que le pôle inférieur du rein droit, que l'on sentait augmenté de volume... Le foie, la vésicule biliaire, la région appendiculaire étaient exempts de toutes sensations douloureuses. Les conjonctives avaient repris leur aspect normal, plus de subictère. Cœur et poumons tout à fait normaux. L'analyse des urines, faite la veille, ne signalait aucune présence d'éléments anormaux. Sur l'avant-bras droit, il y avait une petite croûte, provenant d'un furoncle en voie de cicatrisation...

L'état général du malade, la fièvre indiquant un proceccus pyogène dans l'organisme, l'absence de signes de foyers en évolution dans les autres organes, la douleur lombaire localisée et très nette au niveau du pôle inférieur du rein droit, m'orientèrent vers le diagnostic d'un abcès du rein. L'analyse des urines, faite le lendemain de la palpation minutieuse, que j'avais pratiquée en examinant le malade, montra la présence de quelques hématies.

La cystoscopie indiqua une légère diminution de la fonction du rein droit. Le dosage d'urée sanguine montra un taux de 0,46 gr., en légère augmentation.

Ces examens de laboratoire confirmèrent mon diagnostic et le malade fut opéré le 21 juin sous anesthésie à l'éther...

Incision lombaire, qui montre une infiltration œdémateuse de la zone pararéale. A l'ouverture de la loge rénale on constate une tuméfaction sous-capsulaire, siégeant au pôle inférieur du rein.

L'incision de cette tuméfaction amène l'ouverture d'un abcès, siégeant dans le cortex, de la grandeur d'une noix. Décapsulation facile et qui montre que le reste du cortex est indemne de toute lésion inflammatoire. Drainage par mèches lâches.

Le pus examiné contient du staphylocoque blanc pur.

L'évolution post-opératoire sans aucun incident. La température tomba à 37° le lendemain de l'intervention et resta normale pendant toute la convalescence. La plaie se cicatrisa en 45 jours. Le malade a été revu en 1931, son état général est excellent. Les urines sont normales.

Observ. 2. — Mme S..., âgée de 28 ans, comptable. Malade depuis deux mois. A la suite d'une angine banale, la fièvre persista malgré que les amygdales soient redevenues normales. Aucun signe de localisation perceptible, on pense à un éveil de tuberculose pulmonaire, sans signes stéthoscopiques. Je vois la malade le 21 janvier 1928, deux mois après le début de sa maladie.

L'état général est très mauvais, amaigrissement et affaiblissement

extrêmes. Anémie, langue sale, sèche. La température s'élève chaque soir à 39°5, et retombe le matin à 37°8. Cœur et poumons normaux. Légères douleurs dans la fosse lombaire droite, pendant les mouvements de rotation et de flexion du corps. A la palpation, la région rénale est légèrement douloureuse; douleur fixe au niveau de la douzième côte droite. A gauche, aucun point sensible. Urines normales, la veille de l'examen, elles montrent, après la palpation, quelques hématies et des traces d'albumine. La cystoscopie, avec séparation des urines, montre une diminution fonctionnelle du rein droit. Je pose le diagnostic d'abcès cortical du rein et fais trois injections de propidon, qui améliorent un peu l'état général de la malade, mais la température revient à 39°5, le huitième jour.

Intervention sous anesthésie à l'éther, le 30 janvier 1928. Incision lombaire. Le tissu pararénal est très légèrement oedématié, la capsule est peu adhérente et la décapsulation se fait facilement. En poursuivant la décapsulation vers le pôle supérieur du rein, on trouve un abcès cortical, qui s'ouvre à la surface du rein. Son volume est de la grosseur d'une noisette. Le pus prélevé montre la présence de staphylocoques dorés. Drainage par mèches. Guérison sans incidents. Il est à remarquer, que la culture du pus montra des staphylocoques, formant des colonies très grêles et poussant très imparfaitement, comme si la vaccination avait atténué leur virulence.

La plaie se ferma en deux mois et la malade, revue en 1931, est en parfaite santé.

En plus de ces deux observations personnelles, nous avons pu recueillir dans le service de notre maître M. le Professeur DELBET, trois observations d'abcès du rein que nous publions ici.

Observ. 3. — Car... (Jules), 45 ans, entre le 7 octobre 1926. Malade depuis un mois, douleurs dans le flanc droit, plus marquées la nuit. Température 38° le jour de l'entrée.

A la palpation défense abdominale, très nette, dans la région lombaire droite. On sent une légère voussure de la largeur de la paume de la main, avec point culminant douloureux à l'angle costolombaire. Limitation de l'extension de la cuisse droite. Les urines contiennent quelques polynucléaires. Trois injections de propidon restent sans effet. Opération le 22 octobre. Incision lombaire qui révèle une énorme poche de pus, allant jusqu'au pôle inférieur du rein. Drainage. Guérison. Le pus contient du staphylocoque pur.

Observ. 4. — Mme C..., 20 ans, entre à l'hôpital le 7 janvier 1927. Malade depuis novembre 1926, de furonculose au niveau des fesses. Le 15 décembre la malade commence à ressentir des douleurs dans la région lombaire droite, tellement fortes, qu'elles l'obligent à s'aliter. La température s'élève et la malade a des frissons très violents tous

les soirs. A la palpation, on trouve un léger empâtement de la région lombaire droite, très douloureuse, donnant même une sensation de ballotement. Les urines sont claires et ne contiennent pas d'éléments anormaux. Le 8 janvier, lombotomie, ouvrant une poche très grosse, de la région lombaire droite, en contact avec le rein. Drainage. Guérison. Le pus contient du staphylocoque.

La malade a été vaccinée après l'intervention, par trois injections de propidon.

Observ. 5. — Mme A..., âgée de 37 ans, entre le 29 juillet 1929. Malade depuis un mois. Début de la maladie par une forte fièvre et de la fatigue générale. On diagnostiqua une fièvre paratyphoïde, mais tous les examens de laboratoires furent négatifs. La température se maintenait le soir à 39°5-40°, pendant trois semaines, sans autres signes cliniques. Le jour de son entrée à l'hôpital la malade s'aperçoit d'une tumeur au niveau de la douzième côte gauche. L'examen révèle une tuméfaction dans la région lombaire gauche, douloureuse à la palpation, avec un empâtement de la région rénale. Trois injections de propidon sont sans effet. Opération le 10 août : incision d'une grosse poche purulente allant vers le pôle inférieur du rein. Guérison.

Comme on le voit, ces trois observations se rapportent à des cas avancés avec formations d'abcès périnéphritiques.

La vaccination a été sans effet appréciable dans ces cas mais la chose était à prévoir, car les malades souffraient déjà pendant longtemps, un mois en moyenne, et il est généralement admis que la vaccination ne peut agir efficacement que dans les cas de début.

Nous croyons intéressant de joindre à notre travail la statistique des abcès corticaux des reins publiés par les auteurs russes et qui ne sont pas connus à l'étranger. Nous publions ici les observations, qui ont paru dans les périodiques russes, d'après guerre. Les observations de JÉRÉMITCH, de SMIRNOFF parues dans les périodiques allemands ne sont citées que dans la bibliographie.

CHAPITRE VIII

Statistique des auteurs russes

L. STOUKKEY (Pétrograd, 1922) in *Vestnik Chirurgii*. Tome II, 192.

Observ. 1. — Femme de 25 ans, entre le 8 janvier 1910. Avortement septique. Ophorite. Pleuropneumonie gauche. Rate augmentée de volume. Pas de bactériémie. Apparition progressive d'une tumeur sous le rebord costal gauche. L'urine, après catéthérisme des urétéres, ne présente aucun élément pathologique. Diagnostic : Abscès intrarénal. Opération sous anesthésie au chloroforme. Le tissu péri-rénale est infiltré et œdédié. Dans le pôle inférieur du rein, légèrement augmenté de volume, dans la profondeur de 0,5 cm., ouverture d'un abcès non communiquant avec le bassin. Guérison.

Observ. 2. — J... D., femme âgée de 32 ans. Entre le 1^{er} novembre 1920. La malade se plaint de douleurs dans la région lombaire et dans le côté droit du ventre. Température élevée avec des frissons intermittents. Pas d'antécédents rénaux ou gynécologiques. Etat général médiocre. Dans la région souscostale droite on perçoit une tumeur de la grosseur d'un poing, peu sensible, mobile à la respiration. L'analyse des urines montre des traces d'albumine, 3 à 4 leucocytes, et 1 à 2 hématies sur 12 à 15 champs.

Présence de diplocoques de coccis et de batonnets.

Six jours après apparaît une tumeur sous le rebord costal gauche, avec une douleur localisée au niveau de la douzième côte. La température varie de 37°-38° le matin, et 38°6-39°7 le soir. La tumeur du côté droit diminue notablement. Par contre, la tuméfaction du côté gauche progresse et le diagnostic d'abcès périnéphritique gauche est posé. Le 30 novembre, la malade est opérée sous anesthésie au chloroforme. Incision lombaire de Bergmann. Le tissu pararénal est infiltré, l'infiltration augmente vers le pôle supérieur, qui est soudé au diaphragme. Ouverture d'un abcès assez volumineux du pôle supérieur, ayant une forme de cratère, avec une base de 3 cm. de largeur. Le tiers supérieur du rein est infiltré et a l'aspect d'un anthrax. Drainage par mèches. La température tombe le lendemain de l'opération à 36°7 et reste à ce niveau les trois premiers jours, pour reprendre à nouveau le type hectique d'avant l'intervention. Dès le vingt-septième jour postopératoire, pendant le pansement, on voit sourdre quelques gouttes d'urine dans la plaie. L'urine contient des traces d'albumine et des cristaux de sulfate et d'oxalate de chaux.

La tumeur du flanc droit reste stationnaire, elle est peu douloureuse, de la grandeur d'un œuf de poule.

Deuxième opération sous anesthésie au chloroforme. Lobotomie

droite. Le tissu périrénal est légèrement infiltré autour du pôle inférieur, qui est soudé avec le péritoine. En disséquant ces adhérences, on ouvre un abcès du pôle inférieur du rein de la grandeur d'un œuf de pigeon. La zone corticale environnante à l'aspect d'un anthrax. Drainage par mèches. Le pus contient du staphylocoque pur.

La période postopératoire se poursuit normalement, excepté que la température vespérale ne redevint normale que progressivement et ce n'est qu'après six semaines, que la malade devint apyrétique; elle guérit le cent vingtième jour après sa première intervention.

Observ. 3. A. I. Homme de 31 ans. Entre le 27 avril 1921.

Début brusque, avec fièvre élevée, douleurs très fortes dans la région lombaire droite, et dans la partie inférieure du thorax droit.

Au commencement de la maladie, aucun signe de localisation, sauf un léger épanchement pleural, qui disparut en quelques jours.

La fièvre persiste et l'état général s'aggrave. Le malade se plaint de fortes douleurs dans la partie inférieure de l'hémithorax droit et dans la région lombaire droite, augmentant, lorsque le malade se tourne dans son lit. Douleurs très fortes sous la 12^e côte. Matité depuis la 10^e côte sur la ligne axillaire droite. Diminution du murmure vésiculaire, urines acides, densité 1,009-1,015. Traces d'albumine. Leucocytes 1-8 par champs. Rares cylindroïdes 1-2 par préparation. température 37,5-39,0 avec frissons et sueurs. Diagnostic d'abcès paranéphritique. Le 30 novembre opération, sous anesthésie locale à la novocaïne et quelques bouffées de chloroforme. Incision de Bergmann. Le tissu pararénal est infiltré et cette infiltration est très dense au niveau de la 11^e et de la 12^e côte. Dissection et ouverture d'un abcès au-dessus de la 11^e côte sous le diaphragme. Tout le rein est entouré d'un tissu infiltré et est complètement immobilisé. Dans le pôle supérieur se trouve un abcès dans la corticale, de la grosseur d'un œuf de pigeon. Pas de communication avec le bassin. Drainage sur mèches. Le pus contient uniquement du staphylocoque blanc.

Les suites postopératoires furent normales, la température ne s'éleva pas plus haut que 37,9. Légère réaction pleurale au 18^e jour, qui se résorba sans incidents. La plaie se cicatriza au 61^e jour.

Observation du D^r RIAZANTZEVA. (*Vestnik Chirurgii*, n^o 8, 1924).

Observ. 4. — A. B., femme de 56 ans, entre à la clinique du Prof. ROKITZKY à Petrograd, le 30 mai 1922, pour un anthrax du dos compliqué d'un grand phlegmon, se développant depuis trois semaines.

A son entrée, on constate un énorme phlegmon occupant tout l'hémithorax droit, au centre duquel se trouve un anthrax. Température 39, Etat général très mauvais; affaiblissement et faiblesse extrêmes.

Incision large du phlegmon, sous anesthésie à l'éther. La température

après l'incision devient normale et se maintient telle pendant une semaine. Au 10^e jour la température s'élève à 38,5 et reste à ce niveau pendant six jours. Au deuxième jour, douleurs localisées dans la région souscostale droite, entre l'épine iliaque et le rebord costal, en avant de la région lombaire. A la palpation, la douleur est localisée vers le point de Mac-Burney. La fosse lombaire est indolore. Rigidité de la paroi abdominale à droite. La percussion montre que la matité hépatique se prolonge dans une tumeur occupant l'hypochondre droit. La palpation révèle la présence d'une tuméfaction descendant jusqu'au ligament de Poupart. Les urines contiennent 0,5 % d'albumine et du pus. Le rein droit n'est pas palpable. Constipation et météorisme. Deuxième analyse d'urines, recueillie par cathétérisme, ne montre pas d'éléments pathologiques. Lécocytose à 15.000. Le diagnostic de cholecystite avec pericholecystite paraissait le plus probable. On intervient, en faisant une laparatomie médiane, sous anesthésie au chloroforme. On constate une tuméfaction et une infiltration retropéritonéale de la région rénale droite, pas de cholecystite. Fermeture de la paroi abdominale. Incision lombaire. Pas d'infiltration de la capsule adipeuse. Le rein est intimement soudé au péritoine et ne se laisse pas enucléer. Ponction à l'endroit le plus adhérent au péritoine et incision d'un abcès de la grandeur d'une noix. Le pus contient du staphylocoque pur. La malade meurt vingt-quatre heures après l'opération de faiblesse cardiaque.

A l'autopsie on constate une dégénérescence graisseuse de tous les organes parenchymateux. Le rein droit est intimement soudé au péritoine, et laisse entrevoir des nombreux petits abcès corticaux. Au pôle supérieur, abcès anthracéide incisé. Plus bas sans communiquer avec le premier on trouve un second abcès cortical et plusieurs abcès miliaires. Le rein gauche contient également un anthrax, allant jusqu'à la zone pyramidale. Ce rein est sans adhérence et sa capsule n'est pas infiltrée.

Observ. N° 5. — T., homme de 29 ans. Entre à la clinique chirurgicale du Prof. GREKOFF, à l'hôpital Oboukhoff, à Petrograd, le 26 mars 1923. Le malade se plaint de douleurs dans la région lombaire gauche, depuis deux semaines. Ces douleurs ont commencé après un effort que le malade fit en tombant avec un gros colis sur le dos. En voulant éviter la chute, il fit une forte contraction et sentit immédiatement, comme un coup de couteau dans les reins.

Pourtant la douleur s'apaisa un peu et il continua à travailler, mais l'état général commença à décliner, la température monta à 40,0, il eut des frissons et des fortes douleurs aux reins.

L'examen des urines ne montre aucune trace d'éléments pathologiques, deux jours après, l'état général du malade devient encore plus mauvais, la température s'élève à 40,0, un état de septicémie se déclare. Pyurie. Le second examen des urines montre la présence de

sang (examen chimique). Le diagnostic d'un abcès du rein après un traumatisme est posé et le malade est opéré sous anesthésie générale.

Lombotomie gauche. Infiltration et œdème des tissus périrénaux, pas de trace d'hématome. Le rein est très augmenté de volume, tuméfié et adhère intimement à la capsule adipeuse, sur sa face postérieure et au centre. La ponction à cet endroit amène du pus. Nephrectomie. Guérison. Le pus contient du staphylocoque blanc. Sur la pièce enlevée, on voit un abcès cortical de la grandeur d'un œuf de poule et plusieurs petits abcès, disséminés dans tout le rein.

CHAPITRE IX

Depuis la thèse de GODARD, parue en 1924 et qui contient la bibliographie des cas publiés jusqu'à cette époque, nous avons recherché les cas publiés actuellement et nous avons pu trouver 14 travaux, dont nous donnons ici un résumé bref.

WITTPOTH : Abcès périnéphrétique. *Die Therapie, der GEGENWART*, T. LXV, n° 12, 1924.

L'auteur reconnaît, se basant sur 20 cas personnels, que l'inoculation se fait presque toujours par voie sanguine, la voie lymphatique est tout à fait exceptionnelle. Dans les abcès périnéphrétiques, le début a toujours comme origine un abcès du rein.

C'est le staphylococque qui est l'agent le plus fréquent 70 % de ses malades avaient été malades de furonculose.

L'opération a consisté en une incision et drainage et ce mode de traitement a été suivi de succès dans 19 cas sur 20.

Un malade est mort au quinzième jour d'un empyème de la plèvre et de septicémie.

R. Voss : De l'anthrax du rein. *Zeitschrift für Urologie*, T. XXI, 1927.

Deux observations personnelles. Dans un cas, le diagnostic a pu être fait avant l'intervention. Parmi les signes cliniques Voss remarque que l'état général des malades est plus altéré que dans la pyélite. Il attire l'attention sur la leucocytose très marquée de 14.000 à 16.000, qu'il a observé. L'analyse des urines montre, quelquefois, de rares leucocytes, parfois des hématies. Lorsque on trouve des cylindres peu nombreux,

ils sont les témoins d'une néphrite toxique, selon ISRAEL. La fonction du rein malade est toujours abaissée.

T. THOMPSON : Anthrax du rein. *The Lancet*, vol. CCXII, oct. 1927.

Observation d'une femme de 52 ans, convalescente d'un anthrax de la nuque. Malade depuis un mois. Diagnostic : abcès périnéphrétique. A l'opération, anthrax du pôle inférieur du rein droit. Néphrectomie. Guérison.

R. SMIRNOFF : (Voroneje). Un nouveau cas d'anthrax du rein. *Zeitschrift für urologische Chirurgie*, T. XXIII, décembre 1927.

Observation d'un homme de 42 ans, malade depuis un mois avec une température de 38°5, douleurs lombaires droites. Les urines contiennent 10 à 20 leucocytes par champ et quelques cellules épithéliales. L'épreuve fonctionnelle montre une déficience presque complète du rein droit. Diagnostic avant l'intervention d'anthrax du rein. A l'intervention, on trouve un rein fortement bosselé, entouré d'une poche de pus. Néphrectomie. Guérison. Le pus contient du staphylococque. Sur la pièce enlevée on trouve un anthrax occupant toute la zone corticale et une partie de la médullaire.

BRUCE et M. DICK : Néphrite suppurée à staphylococques (Anthrax du rein). *The British Journal of surgery*, n° 61, juillet 1928.

Trois observations personnelles de malades arrivés dans un stade très avancé, puisque l'analyse des urines montrait une grande quantité de pus et des microbes staphylococques. Trois néphrectomies furent suivies de guérison.

H. KÖHLER (Berlin). Über Nierenkarbunkel. *Zentralblatt für chirurgie*, n° 31, 1929.

Trois cas personnels d'anthrax du rein à staphylocoques. L'auteur s'est servi d'une méthode proposée par Rosenstein et qui consiste à faire, après la décapsulation du rein malade, des ponctions de tout le rein, avec un thermocautère et à injecter par les orifices ainsi obtenus une forte solution de Rivanol en réalisant une désinfection et un lavage de tout l'organe malade. Le nombre des ponctions est de 20 à 25.

Cette méthode, un peu singulière, a été pratiquée avec succès sur deux malades, dont un a été revu un an après avec un rein fonctionnant parfaitement. Nous croyons pourtant qu'un tel traumatisme, occasionné par ces ponctions au thermocautère, ne peut être indifférent et que les lésions de scléroses du rein sont à redouter ultérieurement.

Un malade a dû subir la néphrectomie pour des lésions très étendues. Guérison.

BERNARD FEY, Jean QUENU et BONNARD : Communication à la Société d'Urologie, 18 février 1929.

Observation d'une malade âgée de 37 ans, atteinte d'une septicémie à staphylocoques avec ictère par rétention. Début de la maladie 2 mois auparavant par un orgelet. T° 38,5 puis furonculose. A la fin du deuxième mois, localisation au rein droit. T° 40° pendant 15 jours. A la cystoscopie, urines claires, cellules rénales altérées, hématies et staphylococques. Abaissement fonctionnel très marqué. Les injections de Propidon restent sans effet. Néphrectomie. Mort. Le rein présente de multiples abcès miliaries.

LAVAMMANT présente une observation d'un malade atteint d'un abcès du rein droit avec un rein un peu gros et abaissé. Fonction légèrement déficiente et présence de staphylococque blanc dans les urines. Pas de rétention, pas de pus. Opération : décapsulation, drainage. Nombreux abcès sous-corticaux.

Dix jours après, douleurs dans la fosse lombaire gauche. T° 39,5. Deuxième intervention du côté gauche, décapsulation, nombreux abcès sous-corticaux dus au staphylococque blanc. Drainage, guérison.

L'observation de MAISONNET et GODARD, publiée dans le *Bul. Soc. Urologie* 1926, le 19 avril, sur un cas d'abcès de la corticalité du rein, est d'un intérêt particulier, car elle montre une évolution assez intéressante du processus.

Début de la maladie par furonculose, puis état septicémique. Diagnostic d'un abcès cortical. Opération, le 25 novembre 1924, décapsulation, nombreux abcès miliaries. Drainage. Propidon. Amélioration, puis rechute. De nouveau, vaccina-

tion par le Propidon, amélioration très nette vers le 20 janvier. En juin 1925, commencent des douleurs très fortes dans la région lombaire opérée et on pratique une néphrectomie le 27 juillet, suivie d'une guérison.

A l'examen de la pièce, on trouve des reliquats d'abcès, des plaques inflammatoires, de la lymphocytose locale, des lésions de sclérose modérée et surtout des lésions parenchymateuses du lobule.

MAISONNET (*ibidem*) présente deux cas : Un cas avec périnéphrite à staphylocoques et un abcès au pôle inférieur du cortex de la grosseur d'une noix. La période post-opératoire fut très laborieuse, il eut des abcès localisés aux différentes parties du corps (avant-bras, sternum, cuisse, etc.).

Deuxième cas, sans périnéphrite. Abcès dans le cortex. Petite néphrectomie pour ouvrir l'abcès, qui ne communique pas avec les calices et le bassinet. Dans le pus, staphylocoques et streptocoques. Guérison sans fistules.

Charles-Pierre MATHE, de San-Francisco, *The Journal of the American Medical association*, vol. XVIII, n° 24, 14 déc. 1929.

Les abcès hématogènes corticaux du rein ont été observés par l'auteur dans 33 cas personnels. Dans 24 cas, la décapsulation et le drainage amenèrent la guérison. Dans 9 cas, il a fallu faire une néphrectomie pour poussées de néphrite aiguë suppurée avec abcès.

Observation de la thèse du D^r GODARD, complétée par le D^r CHEVASSU.

Observ. N° 3. — M... Louis, 33 ans. Entre le 15 décembre 1922 pour rétention aiguë et urines troubles. Son histoire pathologique est très chargée. Elle commence par une crise de rétention aiguë en 1911, puis par des accidents gastrointestinaux attribués à une ulcus. Enfoncé par un éclatement d'obus en 1915, il fait sa première hématurie. Ces hématuries se répètent 4 fois et en 1919, M. Vaquez constate un bruit de galop. De novembre à décembre 1919 des crises de rétention se répètent. Elles disparaissent après un ou deux sondages.

A son arrivée il n'est pas en rétention, son régime urinaire est normal, il n'urine pas la nuit et quatre fois seulement dans la journée. Les urines sont louches dans les trois verres; elles ne contiennent que de rares leucocytes et de rares cocci en chaînette prenant le

gram; phosphates abondants. Pas d'obstacles urétéral, prostate nettement augmentée de volume, un peu consistante sans irrégularité. Le rein droit est perceptible dans sa moitié inférieure et très douloureux au palper. Azotémie 0 gr. 27. Une radiographie de l'appareil urinaire montre un rein droit abaissé sans déformation et pas de calcul.

Brusquement le 13 janvier sans raison apparente il se produit un grand frisson avec fièvre à 42°; la température retomba à 38°5 les jours suivants. Un cathétérisme pratiqué le 16 janvier dans l'urétére droit montra qu'il n'y avait pas d'obstacle urétéral au passage de la sonde et pas de rétention dans le bassinet; les urines recueillies ne contenaient que quelques polynucléaires, de rares cocci prenant le gram, et quelques batonnets Gram négatifs; une exploration fonctionnelle montra que les deux reins avaient un fonctionnement comparable. A la suite du cathétérisme urétéral la température loin de baisser alla en montant; elle dépassait 39° le lendemain et 40,1 le jour suivant. Après avoir constaté pendant quarante-huit heures, que malgré la thérapeutique habituelle la température n'avait aucune tendance à baisser, je me décidai à intervenir sur le rein droit douloureux.

Sous anesthésie locale, je mis à nu le 19 janvier un rein non adhérent, violacé, parsemé d'abcès miliaires, quelques-uns atteignant à peine les dimensions d'une tête d'épingle en verre. Fort de mon expérience précédente je me garde de faire une néphrécotomie, mais il me semble qu'on pouvait faire mieux que de refermer simplement la plie et je pratique une décapsulation; il y avait tant d'abcès sous-capsulaires que la décapsulation devait ouvrir en principe un grand nombre de ces abcès. Fermeture sommaire de la plaie. Un gros drain est laissé en contact du rein.

La température tomba le soir même, et le malade fut apyrétique pendant douze jours, puis la température remonta peu à peu. Propidon sans succès. Nouveau cathétérisme urétéral qui constate que si la vessie est encore infectée, l'échantillon des urines du rein droit ne contenait plus que quelques polynucléaires sans microbes. Les deux reins avaient un fonctionnement tout à fait comparable en débit et en concentration. Le cathétérisme urétéral ne change rien à la température, qui continue à osciller autour de 39°. Le malade insistant pour que je l'opère de nouveau, je le fis d'autant plus volontiers que j'étais curieux de voir quel avait été le résultat local de ma décapsulation.

Un mois et demi après la première intervention et sous anesthésie à l'éther j'opérai le malade le 7 mars. Les adhérences étaient tellement fortes que le bord externe du rein faisait corps avec la cicatrice; mon premier coup de bistouri ouvrit une valve assez large dans le parenchyme rénal. Cela me permit de constater, mieux que je n'espérais pouvoir le faire, qu'il n'y avait plus trace d'abcès miliaires, du moins à l'œil nu. Bien plus, la corticalité rénale était in-

demne de tout abcès miliaire mais je dus pour m'en assurer séparer en plus d'un point au bistouri, le rein des adhérences avec lesquelles il faisait corps. Voici la conclusion des examens histologiques du fragment prélevé pendant la seconde opération : rein normal à peu de chose près, il faut chercher pour trouver encore de loin en loin de petits foyers de leucocytes extrêmement réduits, mais on rencontre de-ci de-là de petites zones scléreuses qui représentent bien probablement la cicatrice des abcès guéris.

Ma deuxième opération a fait tomber la température mais moins complètement que la première fois; elle est remontée par la suite et pendant près d'un mois; cette fois je me suis refusé à toute nouvelle intervention, on a repris le Propidon, bref un beau jour, sans raison manifeste, la température est retombée à la normale; elle s'est maintenue depuis normale mais le malade se plaint toujours de sa cicatrice, son état général est d'ailleurs excellent.

Le malade a été revu en 1927 se plaignant d'hématurie. Son état général commença à décliner. Azotémie 0 gr. 53. Revu en 1928, son état général devint très grave. Une néphrite hématurique chronique avec un rein doit douloureux fut diagnostiquée. L'urée sanguine monta à 3 gr. 14. Tension 18/10. Avec une urée sanguine de 3 gr. 56 le malade devint anurique et est mort d'urémie le 11 août 1928.

Cette observation et celle de GODARD et MAISONNET démontrent la gravité des lésions produites par les abcès dans le tissu rénal.

Les séquelles des abcès corticaux évoluent vers la sclérose et assombrissent le pronostic, déjà assez défavorable, de cette affection. Cette évolution indique de plus, que nos efforts doivent se tendre vers un diagnostic précoce, pour tâcher de limiter les dégâts, pour rendre au rein son activité fonctionnelle intégrale. Ceci ne peut être obtenu, que dans les cas au début, lorsque les lésions ne sont pas encore propagées sur une grande étendue, lorsque le premier infarctus septique a été reconnu et évacué à temps. Plus la suppuration dure, plus l'influence microbienne et toxique se fait sentir sur le rein. A la lumière de ces faits, l'étiologie des néphrites toxiques, des scléroses rénales devra être révisée.

CONCLUSIONS

1° Les abcès périnéphrétiques ont comme origine, dans 35 à 55 % des cas, des abcès hémotogènes du cortex rénal.

2° Les abcès du cortex sont dus, dans la grande majorité des cas, aux staphylocoques;

3° Le diagnostic précoce est d'une importance capitale et peut être fait avant la formation d'un abcès périnéphrétique (forme habituelle) ou d'une pyélonéphrite (forme rare);

4° Dans les cas au début, un essai de vaccinothérapie doit être tenté, mais il ne peut s'adresser qu'aux formes aiguës, tandis que dans les formes suraiguës, l'intervention rapide chirurgicale est seule légitime et justifiée;

5° La décapsulation avec drainage ou la néphrectomie sont les traitements chirurgicaux les plus efficaces;

6° Le nombre des néphrectomies doit diminuer à mesure que le diagnostic deviendra plus précoce;

7° De là, l'importance de la recherche des signes cliniques qui permettent ce diagnostic précoce;

8° Les symptômes cliniques d'un abcès cortical du rein sont les suivants : I. L'état général, indiquant une forme de septicémie grave; II. La courbe thermique à grandes oscillations; III. L'augmentation de la leucocytose; IV. La douleur dans la région costolombaire; V. L'absence de signes d'une infection aux autres organes; VI. L'existence des antécédents immédiats tels que la furonculose, l'anthrax, le panaris, etc.; VII. Le résultat de l'examen radiologique; VIII. Les résultats négatifs ou presque de l'analyse chimique et microscopique des urines; IX. La diminution de l'activité fonctionnelle du rein malade.

Vu, le président :
Pierre DELBET.

Vu, le doyen :
BALTHAZARD.

Vu et permis d'imprimer, le recteur de l'Académie de Paris :
L. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

La bibliographie sur les abcès du rein est donnée dans la thèse de GODARD; elle contient la littérature jusqu'en 1924.

GODARD. — Contribution à l'étude des abcès corticaux du rein. — Thèse de Paris, 1924.

WITTPOTH. — Abcès périnéphrétique. *Die Therapie der Gegenwart*, T. LXV, n° 12, 1924.

HUNT. — Abcès périnéphrétique. *The Journal of the American Medical Association*. V. LXXXIII, n° 26, 1924.

R. VOSS. — De l'anthrax du rein. *Zeitschrift für Urologie*, T. XXI, 1927.

R. SMIRNOFF. — Un nouveau cas d'anthrax du rein. *Zeitschrift für Urologische Chirurgie*, T. XXIII, décembre 1927.

Bruce M. DICK. — Néphrite suppurée à staphylocoques (anthrax du rein). *The British Journal of Surgery*, V. XVI, n° 61, juillet 1928.

BONHEIM. — Abcès paranéphrétique. *Dermatologische Wochenschrift*, T. LXXXVIII, n° 3, janvier 1929.

EISENSTAEDT (Chicago). — Abcès pérenéphrétique de l'enfance. *The Journal of American Medical Associat.*, V. XCVI, n° 1, janvier 1929.

BLUMENTHAL (Moscou). — La paranéphrite purulente. Travaux du XX^e Congrès Russe de Chirurgie. Moscou 1928.

W. LINDER. — L'infection aiguë du rein par voie sanguine. *American Journal of Surgery*. Février 1929.

T. BOTTARI. — Contributio allo studio degli ascessi perinephritici et paranephritici. *Policlinico. Sez. Chirurgica.*, Fasc. III, 1928.

CHEVASSU. — Association Française d'Urologie, octobre 1923.

Bernard FEY, Jean QUENU et BONNARD. — Abcès multiples du rein au cours d'une septicémie aux staphylocoques. *Bulletins de la Société d'Urologie*, 18 février 1929. Paris.

CHEVASSU. — Ibidem.

LAVENANT. — Ibidem.

GODARD et MAISONNET. — Abcès de la corticale du rein. *Bull. de la Société d'Urologie*, 19 avril 1926.

CHEVASSU. — Discussion au XXIX^e Congrès français d'Urologie, 1929. Pages 446-447.

Charles-Pierre MATHÉ (de San-Francisco). --- Les abcès corticaux du rein. *The Journal of American Medical Association*, Vol. XCIII, n° 24, 14 décembre 1929.

Travaux en langue russe :

STUCKEY. — *Petersbourger medicinische Wochenschrift*, n° 5, 1910.

V. OPPEL. — *Archives Chirurgicales de Weliaminoff*, T. XXVIII, 1912.

GORASCH. — *Nouvelles Archives Chirurgicales*, T. I, 1921.

STUCKEY. — Les abcès hématogènes du rein. *Vestnik Chirurgii*, numéros 4, 5, 6, T. II, 1922.

RIAZANTZEVA. — L'anthrax du rein. *Vestnik Chirurgii*, T. III, numéros 8 et 9, 1924.

TABLE DES MATIÈRES

1° Introduction.	9
2° L'anatomie pathologique de l'abcès du rein.	11
3° Evolution clinique : formes suraiguës, aiguës, chroniques	13
4° Eléments du diagnostic clinique.	15
5° Indications et contre-indications des divers traitements chirurgicaux.	20
6° La vaccinothérapie des abcès du rein.	23
7° Les résultats fonctionnels éloignés des malades guéris.	23
8° Observations personnelles	24
9° Observations des auteurs russes.	28
10° Observations publiées depuis 1924 à 1930.	31
11° Conclusions.	37
12° Bibliographie.	38

